

Carcinoma dell'uraco.

Case report



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 451-452

Alfredo Guarnieri*, Andrea Tirone*, Maria Teresa Del Vecchio**, Giuseppe Vuolo*, Luigi Verre*, Vinno Savelli*, Alessandro Piccolomini*, Leonardo Di Cosmo*, Manuela Cesaretti*, Anton Ferdinando Carli*

* Dipartimento di Chirurgia e Bioingegneria, Sezione di Chirurgia (Direttore: Prof. A.F. Carli); ** Istituto di Anatomia e Istologia Patologica Università degli Studi di Siena, Siena

Urachus' carcinoma: A case report

Urachus' carcinoma represents a rare oncologic disease with an unfavourable prognosis due to the usual delay of correct diagnosis for its anatomical localization. Its surgical treatment varies from radical cystectomy to segmentary resection of the bladder with pelvic lymphadenectomy. We report a case occurred in a ninety years old female, in which the diagnosis was achieved only at laparotomy. The patient was submitted to surgery with the only generic diagnosis of "lower abdominal mass", and treated with segmentary resection.

KEY WORDS: Abdominal mass, Segmentary resection, Urachus's carcinoma

Introduzione

Il carcinoma dell'uraco è un tumore molto raro con un'incidenza di 1/ 5.000.000 di abitanti, rappresentando meno dello 0.001 % di tutte le neoplasie maligne ¹.

La prognosi di questa neoplasia è sovente infausta in quanto la sua collocazione anatomica la rende a lungo silente, pertanto al momento della diagnosi il tumore ha raggiunto un grado di invasività locale tale da non permetterne l'asportazione rispettando i criteri di una corretta radicalità oncologica. Le opzioni terapeutiche possono essere demolitive con cistectomia segmentaria, escissione in blocco dell'ombelico, della fascia del retto, del legamento ombelicale, dell'uraco e con una lifoadenectomia pelvica, oppure in alcuni casi selezionati, come quello da noi riportato, conservativa senza attuare la cistectomia parziale ².

Osservazione personale

Donna di 90 anni, ricoverata nel reparto di medicina in seguito ad aumento dell'edema all'arto inferiore sinistro dove erano evidenti gli esiti di una sindrome post-flebica. Gli accertamenti clinico strumentali del caso non mostrano segni di una TVP recente. All'esame obiettivo

i colleghi notavano una voluminosa massa a livello dell'ipocondrio sinistro, e chiedevano la nostra consulenza. La neoformazione si presentava rotondeggiante, con una superficie regolare, di consistenza lineea. L'ecografia dell'addome faceva rilevare una massa endoaddominale delle dimensioni di circa 13 per 15 cm, ad ecostruttura mista e di non sicura appartenenza ad un preciso organo, peraltro con piano di clivaggio rispetto alla parete addominale antistante. Non si evidenziavano secondarismi epatici né ispessimenti parietali a carico delle anse intestinali visualizzate, né segni di idronefrosi, né infine liquido libero peritoneale. La vescica non si presentava repleta. La Tc confermava la presenza di una massa addominale in parte solida, in parte liquida occupante per circa 15 cm la parete addominale anteriore apparentemente non contraente rapporti con gli organi endocavitari, in assenza di localizzazioni secondarie.

Intervento chirurgico: "laparotomia mediana ombelico pubica. Voluminosa neoformazione cistica della parete anteriore dell'addome. All'esplorazione della cavità peritoneale non vi sono segni di neoplasia. Si pratica la lisi di alcune aderenze dovute al precedente intervento di istero-annessectomia. Una piccola apertura della neoformazione consente il drenaggio di una grossa raccolta color cioccolato. Si apre quindi ampiamente la parete e si reperta nel fondo un pezzo di drenaggio di para, molto probabilmente residuo del precedente intervento. La parete della neoformazione sottofasciale non è clivabile per cui è necessaria una discreta resezione della parete anteriore muscolo-fasciale". L'esame istopatologico definitivo evidenziava la presenza di cavità cistiche rivestite da

Pervenuto in Redazione Gennaio 2006. Accettato per la pubblicazione Giugno 2007.

Per la corrispondenza: Prof. Alfredo Guarnieri, Policlinico "Le Scotte", UOC Chirurgia 2, Viale Bracci, 53100 Siena (e-mail: guarnieria@uni-si.it).

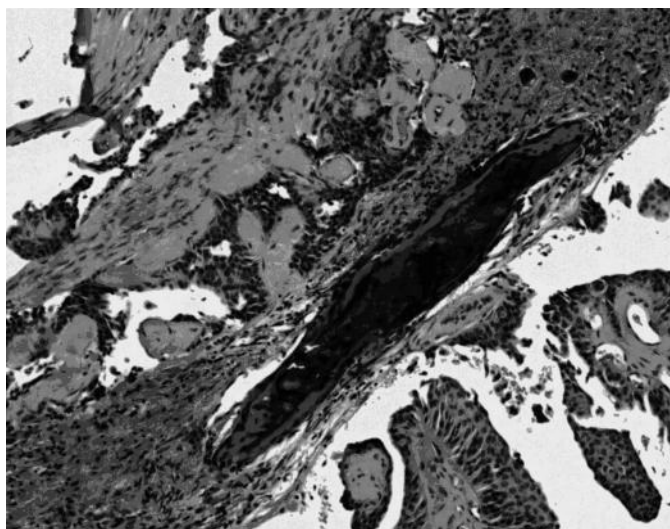


Fig. 1: Neoformazione uroteliale papillare intracistica; presenza di una trabecola ossea in uno dei setti fibrosi interposto fra cavità cistiche contigue (H-E x50).

urotelio compatibili con residuo uracale; all'interno di una di esse è presente una neoformazione uroteliale papillare indicativa di carcinoma a cellule uroteliali a basso grado, GI WHO(2003)/Iusp, con aree calcifiche e metaplasia ossea; apparentemente non si documentava infiltrazione neoplastica della parete. Flogosi cronica produttiva giganto-cellulare da corpo estraneo e stravasi emorragici in organizzazione sclerosante nel tessuto adiacente (Figg. 1 e 2).

Discussione - Conclusioni

Il carcinoma dell'uraco è una rara neoplasia con una prognosi sfavorevole determinata dalla sua collocazione anatomica che lo rende a lungo silente consentendo alla neoplasia di accrescersi notevolmente a livello locale. Il trattamento chirurgico che si effettua in queste rare forme di neoplasie è rappresentato dalla cistectomia segmentaria, con escissione en-bloc dell'ombelico, della fascia del muscolo retto, del legamento ombelicale e dell'uraco con linfadenectomia pelvica. Un intervento chirurgico così demolitivo è giustificato dalle cospicue dimensioni che questi tumori raggiungono al momento della diagnosi e dagli elevati tassi, riportati in Letteratura, di recidiva locale, insensibili a qualsiasi trattamento adiuvante radio-chemioterapico³.

La paziente da noi trattata, sia per gli esami eseguiti in fase preoperatoria, sia per il reperto intraoperatorio caratterizzato da una neoformazione che non presentava macroscopicamente i caratteri di una neoplasia e per l'assenza di coinvolgimento a carico del peritoneo parietale e degli organi endoaddominali non era certamente candidata a questo tipo di trattamento. La presenza all'interno della lesione di materiale color cioccolato e il residuo di un drenaggio erano suggestivi per una diagnosi di ascesso da corpo estraneo, pertanto non sembrava esserci l'indicazione alla richiesta di un esame istologico intraoperatorio.

Tuttavia l'esame istologico definitivo ci ha sorpreso, ponendo

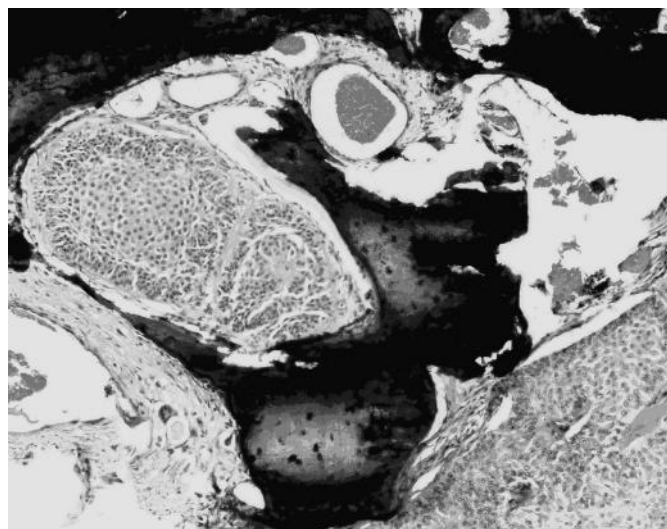


Fig. 2: Trabecole ossee interposte alla neoformazione uroteliale papillare; nello stroma lasso adiacente alle trabecole si evidenziano osteoblasti e un osteoclasta (H-E x50).

la diagnosi di carcinoma a cellule uroteliali a basso grado. Si poneva quindi l'indicazione ad un reintervento per eseguire la cistectomia segmentaria, con escissione en-bloc dell'ombelico, della fascia del muscolo retto e linfadenectomia pelvica. Tale opzione è stata scartata in accordo con la paziente perchè il rischio operatorio per un intervento così demolitivo, data l'età era superiore al beneficio. Inoltre come riportato dalla Letteratura questo tipo di neoplasia non è suscettibile di trattamenti adiuvanti.

All'ultimo controllo di follow-up la paziente non presentava né clinicamente né strumentalmente ripresa di malattia.

Riassunto

Il carcinoma dell'uraco è una rara neoplasia con una prognosi sfavorevole per la sua collocazione anatomica che lo rende a lungo silente. Le opzioni terapeutiche vanno dalla cistectomia radicale alla resezione segmentaria della vescica con linfadenectomia pelvica. Viene riportato il caso di un'anziana paziente, dove il reperto di tale neoplasia è stato occasionale, sottoposta a resezione segmentaria

Bibliografia

- 1) Soto Delgado M, Pedrero Marquez G, Varo Solis C, Rodriguez-Rubio Cortadellas FO, Sanchez Bernal C, Gonzales Moreno D: *Mucinous adenocarcinoma of the urachus and peritoneal pseudomyxoma*. Actas Urol Esp, 2006; 30(2):222-26.
- 2) Palmieri I, Angelini D, Piro F, Rodino A, Gallo A, Puntillo F: *Cistoadenocarcinoma in situ dell'uraco: caso clinico*. Il Giornale di Chirurgia, 2002; 3(8-9):315-17.
- 3) Aulenti V, Taher B, Kalantary Rad F, Tosana M: *Adenocarcinoma dell'uraco: quale scelta terapeutica? Caso clinico e revisione della Letteratura*. Urologia, 1999; 66(4).